

報 告

認知症高齢者の中核症状に対するイメージと
BPSDへの対応知識および困難感について
—看護学生のアンケートから—

Study on elderly with dementia of core- symptom image and BPSD's knowledge, in nursing students.

—Based on student's questionnaires Results—

藤原 李圭¹⁾, 蓬 詩織²⁾, 鈴木千絵子³⁾

要約：本研究の目的は、4年制大学に在籍する看護学生の認知症高齢者の中核症状に対するイメージとBPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia: 以下BPSDとする) への対応知識を明らかにし、どのように関連しているのかを看護学部の実習前3年生と実習後4年生を通して明らかにする。さらに実習場面における困難感についても検討を加える。

看護学生は、認知症高齢者とのコミュニケーションや援助拒否といった場面で困難感を感じる事が報告されている。これには認知症の中核症状だけでなくそこから派生するBPSDにも関連があると考えられるが、授業や実習の中で学ぶ内容は学年間に違いがある。そこで今回は、実習経験の有無でこれらに差があるかどうかを検討し明らかにする。

調査の結果、中核症状に対するイメージは、実習で認知症高齢者に関わった経験の多い4年生のほうが高かったが、学年別のBPSDに対する対応知識について有意差は見られなかった。また、4年生のほうが認知症高齢者の中核症状に対するイメージとBPSDへの対応の知識が結びついていて、3, 4年生ともに8割以上の学生が認知症高齢者について困難感を感じており演習や事例、実習の機会を通してイメージし知識と結びつけて学習することが重要であることが示唆された。

Key Words: 認知症, 中核症状, BPSD, イメージ, 看護学生

I. はじめに

認知症を有する高齢者は2035年ごろには700万人に達すると推計され、介護を要する高齢者の大部分が認知症を持つことが予測される¹⁾。認知症の症状には必ず出現する中核症状 (記憶力障害, 見当識障害, 理解判断力) と、さらに身体疾患や薬物, 環境の変化などの要因が加わることによって引き起こされる周辺症状がある。この周辺症状は、幻覚, 妄想, 徘徊, 不穏, 攻撃性などであり, BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia: 以下BPSDとする) と呼ばれている。

認知症高齢者は、一般病院においても増加しており入院という環境の変化, 検査や治療, 薬物の投与などの外的要因が誘引となって治療や看護の際に抵抗するなど, BPSD

(周辺症状)に関連した課題が報告されている²⁾。BPSD (周辺症状) に対して看護者や介護者はいらだち, 怒り, あき, 焦燥感などの陰性感情を抱きやすく困難を感じていることも報告されており, 感情的になると患者に対し強い口調や態度を表してしまうなど, 平静に対応するのは容易ではない³⁾。つまりBPSDは, 知識や経験の豊富な看護師や介護士でさえも困難感を抱く要因になっており, 経験不十分な看護学生にとっては, より大きな困難であり困惑することが容易に想像できる。看護学生たちは, 高齢者看護実習前に学内の授業で高齢者の特徴や認知症にともなう中核症状やBPSDなどを学び, 専門職としての高齢者との関係作りのあり方について学習している。しかしながら, 学生は実習において認知症高齢者との関わりの中でどのように対応してよいか戸惑い, また対象者にみられる現象と授業で学んでいるはずの既習の知識と技術を関連づけて看護援助に取り入れることができずに困惑している⁴⁾。

井上ら (2013) は, 看護学生における認知症高齢者の症状に対するイメージと興味・知識が関連し, 症状をイメージすることで, より認知症高齢者を理解することが

2018年2月14日受理

¹⁾ Momoka FUJIWARA
兵庫県立淡路医療センター²⁾ Shiori YOMOGI
赤穂市民病院³⁾ Chieko SUZUKI
関西福祉大学看護学部

できると報告しており⁵⁾、また小松ら(2014)は、認知症の症状に対するイメージの項目として、「記憶障害」「見当識障害」「失認」「失行」「失語」といった中核症状をあげ、知識との関連について調査している⁶⁾。結果はいずれも、認知症高齢者の理解には、イメージ・知識が重要であることを示していた。また、千葉ら(2006)は、介護老人保健施設における認知症高齢者との関わりで看護学生が対応困難となる場面の特性は「ケアへの抵抗場面」「攻撃的言動場面」「帰宅願望」「欲求場面」「環境不適応場面」「判断力障害による不快感場面」であることを挙げ⁷⁾、これらはBPSDの発現場面と重なっているといえる。さらに、福田ら(2011)は、高齢者看護実習を行った看護学生は、認知症高齢者とのコミュニケーションや援助拒否といった場面で困難を感じる⁸⁾としている。これらのことから看護学生が困難を感じるのは、認知症の中核症状場面と、そこから派生するBPSDにも関連があるといえる。そのため、BPSDについても知識や対応がこれらの困難を感じる場面においても重要であると考えられる。

そこで今回、看護学生における認知症高齢者の中核症状に対するイメージを明らかにし、BPSDへの対応の知識及び困難感とどのように関連しているかを看護学部3年生・4年生を対象に研究する。

BPSDは実習期間内に必ず遭遇するわけではないが、今後実習で認知症高齢者を受け持つ機会が増えると考えられることから、中核症状に対するイメージとBPSDへの対応の知識があることで対応困難感を軽減することができるのではないかと期待できる。今回は実習前の3年生、実習後の4年生を対象とすることで、実習によって中核症状に対するイメージとBPSDへの対応の知識に違いがあるかも検討する。

1. 研究目的

看護学生の認知症高齢者の中核症状に対するイメージを明らかにし、それがBPSDへの対応の知識及び認知症高齢者との関わりの中での困難感に関連しているのかを看護学部の3年生・4年生を比較、実習前後で違いがあるのかを検討する。

II. 研究方法

1. 研究対象者

A大学看護学部在籍する3年生87名4年生106名の合計193名

2. 研究期間

平成28年6月から平成28年11月

3. データの収集方法・手順

アンケートを配布するときに研究の目的、方法、アンケート内容、所要時間が10～15分程度であることを文書と口頭で説明する。アンケートは研究に同意した場合のみ記入することとし、同意しない場合はアンケートに記入しないように依頼する。アンケート用紙の提出をもって同意とみなすことを説明する。アンケート回収ボックスは、看護棟1階の教務課看護棟支援係前に設置することを伝える。設置時間は3年生の場合前期最終講義終了後、4年生の場合夏期講習終了後のアンケート実施日のみ18時までとし、その後1週間は9時～16時までとする(留置法)。指定時間内に投函しアンケート終了となることを説明する。教務課看護棟支援係によりアンケート回収ボックスを管理してもらう。

4. 採取するデータ内容

学年、性別、認知症高齢者との関わりの中での困難感の有無、認知症高齢者の中核症状に対するイメージ12項目、BPSDへの対応の知識30項目。

5. データの分析方法

質問紙を回収した後、回答内容の整理・集計し、記述統計で検討する。その後マンホイットニー検定、 χ^2 検定で比較検討する。

学年・性別、認知症高齢者の中核症状に対するイメージの程度は、初期認知症徴候観察リスト(OLD)を使用し、項目ごとに「イメージできない」0点、「どちらかといえばイメージできない」1点、「どちらかといえばイメージできる」2点、「イメージできる」3点、の4件法で問い合計0～36点で評価する。その後に「イメージできない」「どちらかといえばイメージできない」を「イメージできない」、「イメージできる」「どちらかといえばイメージできる」を「イメージできる」とした2群にも分け比較する。

BPSDへの対応の知識は、正誤問題形式の30問で構成し、正解なら1点、不正解なら0点として合計0～30点で評価する。その後に全体の平均点を算出し、学年間での差がある問いについても比較する。また平均点以下の群を「低得点群」、平均得点以上の群を「高得点群」として比較する。

認知症高齢者との関わりの中での困難感の有無は「ある」1点、「ない」2点、「関わったことがない」0点の

3 件法で問い、その後比較する。

統計ソフトは、SPSS17.0 for windowsを使用する。

6. 倫理的配慮

対象者にはアンケート配布の際に、上部に記述した研究目的と内容をゆっくりと口頭で読み上げて、最後にもう一度、研究への参加は任意であり、参加・不参加により不利益が生じない。研究内容は本研究以外では使用しない。アンケート用紙は無記名とし個人名は特定されない。また、鍵のかかる場所に保管し、研究終了次第シュレッダーで確実に断裁処理し破棄する。USBメモリのデータを全て消去することを口頭で伝え説明する。

USBメモリは研究用1つのみとして、持ち運びはしない。常にパソコンとUSBメモリは一緒にしてデータ入力以外は研究代表者の鍵のかかる保管庫に保管する。データを扱う際には、分析データをUSBメモリに保存し、パソコンのハードディスク内に残さない。作業はすべてイ

ンターネットや外部と接続できないパソコンで行い、情報の流出を防ぐことを伝える。なお、本研究は平成28年度A大学倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

Ⅲ. 結果

1. 対象の概要

研究協力者は、A大学の看護学部3年生50名（回収率57.5%）、4年生61名（回収率57.5%）の計111名であった。研究協力者の背景について表1に示した。

表1 対象の概要

		人 (%) n=111	
		3年生 n=50	4年生 n=61
性別	男子	7 (14.0)	12 (19.7)
	女子	43 (86.0)	49 (80.3)
	全体	50 (100.0)	61 (100.0)

2. 認知症高齢者の中核症状に対するイメージについて 学年別の認知症高齢者の中核症状に対するイメージに

表2 学年別の認知症高齢者の中核症状に対するイメージ

	3年生 n=50				4年生 n=61			
	イメージできない	どちらかといえばイメージできない	どちらかといえばイメージできる	イメージできる	イメージできない	どちらかといえばイメージできない	どちらかといえばイメージできる	イメージできる
1.いつも日にちを忘れている	0 (0.0)	0 (0.0)	35 (70.0)	15 (30.0)	1 (1.6)	3 (4.9)	26 (42.7)	31 (50.8)
2.少し前のことをしばしば忘れる	0 (0.0)	1 (2.0)	20 (40.0)	29 (58.0)	1 (1.6)	1 (1.6)	17 (27.9)	42 (68.9)
3.最近聞いた話を繰り返すことができない	1 (2.0)	4 (9.8)	29 (58.0)	16 (32.0)	1 (1.6)	6 (9.9)	24 (39.3)	30 (49.2)
4.同じことを言うことがしばしばある	0 (0.0)	1 (2.0)	11 (22.0)	38 (76.0)	1 (1.6)	2 (3.3)	6 (9.8)	52 (85.3)
5.いつも同じ話を繰り返す	0 (0.0)	3 (6.0)	12 (24.0)	35 (70.0)	1 (1.6)	2 (3.3)	10 (16.4)	48 (78.7)
6.特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある	1 (2.0)	4 (8.0)	30 (60.0)	15 (30.0)	1 (1.6)	12 (19.7)	20 (32.8)	28 (45.9)
7.話の脈絡をすぐに失う	1 (2.0)	13 (26.0)	24 (48.0)	12 (24.0)	1 (1.6)	8 (13.1)	31 (50.8)	21 (34.5)
8.質問を理解してないことが答えからわかる	0 (0.0)	17 (34.0)	16 (32.0)	17 (34.0)	2 (3.3)	7 (11.5)	29 (47.5)	23 (37.7)
9.会話を理解することがかなり困難	2 (4.0)	16 (32.0)	19 (38.0)	13 (26.0)	5 (8.2)	11 (18.0)	27 (44.3)	18 (29.5)
10.時間の観念がない	5 (10.0)	19 (38.0)	14 (28.0)	12 (24.0)	3 (4.9)	18 (29.5)	27 (44.3)	13 (21.3)
11.話のつじつまを合わせようとする	10 (20.0)	2 (4.8)	10 (20.0)	6 (12.0)	7 (11.5)	27 (44.3)	14 (22.9)	13 (21.3)
12.家族に依存する様子がある（本人に質問すると家族の方向を向くなど）	12 (24.0)	17 (34.0)	12 (24.0)	9 (18.0)	5 (8.2)	25 (41.0)	21 (34.4)	10 (16.4)

ついては、「イメージできない」「どちらかというイメージできない」「どちらかというイメージできる」「イメージできる」の結果を表2に示した。「イメージできない」「どちらかというイメージできない」を合わせ「イメージできない」とし、「イメージできる」「どちらかというイメージできる」を合わせ「イメージできる」とした2件法については図1に示した。また、学年別の認知症高齢者の中核症状に対するイメージの項目ごとの平均得点および、学年別における全体の平均得点は表3に示した。

認知症高齢者の中核症状に対するイメージの平均得

点は、3年生24.7±5.7点、4年生26.4±6.3点 (P=0.024)であった。認知症高齢者の中核症状に対するイメージ平均得点を項目別に見ると、3年生と4年生で有意差が見られた具体例は、「1.いつも日にちを忘れている (P=0.019)」、「6.特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある (P=0.030)」、「8.質問を理解していないことが答えからわかる (P=0.020)」の3項目であった(表3)。3年生が最も「イメージできない」と答えた具体例は、「12.家族に依存する様子がある (本人に質問すると家族の方向を向くなど)」(3年生24.0% 4年生8.2%)であり、4年生が最も「イメージできない」と答えた具

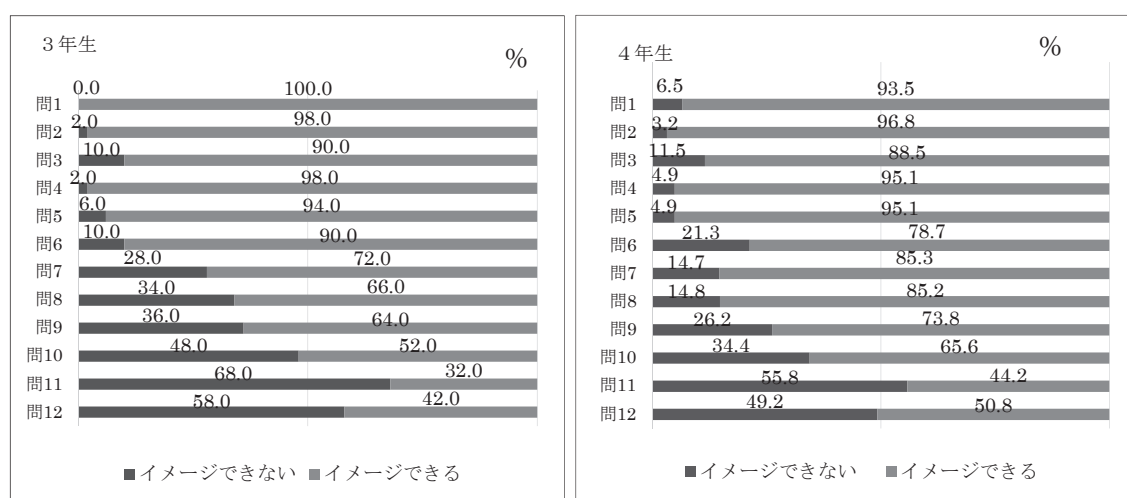


図1 学年別の認知症高齢者の中核症状に対するイメージ
※「イメージできない」：「イメージできない」「どちらかといえばイメージできない」
「イメージできる」：「イメージできる」「どちらかといえばイメージできる」

表3 学年別の認知症高齢者の中核症状に対するイメージの平均得点

中核症状イメージの項目 (各0～3点)	3年生	4年生	漸近有意確立(両側) P値
	n=50	n=61	
1. いつも日にちを忘れている	2.3 ± 0.5	2.4 ± 0.7	0.019*
2. 少し前のことをしばしば忘れる	2.6 ± 0.5	2.6 ± 0.6	0.465
3. 最近聞いた話を繰り返すことができない	2.2 ± 0.7	2.4 ± 0.7	0.253
4. 同じことを言うことがしばしばある	2.7 ± 0.5	2.8 ± 0.6	0.269
5. いつも同じ話を繰り返す	2.6 ± 0.6	2.7 ± 0.6	0.503
6. 特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある	2.7 ± 0.7	2.2 ± 0.8	0.030*
7. 話の脈絡をすぐに失う	1.9 ± 0.8	2.2 ± 0.7	0.323
8. 質問を理解していないことが答えからわかる	2.0 ± 0.8	2.2 ± 0.8	0.020*
9. 会話を理解することがかなり困難	1.9 ± 0.9	2.0 ± 0.9	0.340
10. 時間の観念がない	1.7 ± 1.0	1.8 ± 0.8	0.304
11. 話のつじつまを合わせようとする	1.2 ± 0.9	1.5 ± 1.0	0.409
12. 家族に依存する様子がある (本人に質問すると家族の方向を向くなど)	1.4 ± 1.0	1.6 ± 0.9	0.118
合 計	24.7 ± 5.7	26.4 ± 6.3	0.024*
中核症状イメージの合計点の平均	25.6 ± 6.1		

マンホイットニー検定 *P < 0.05 平均 ±SD

体例は「11.話のつじつまを合わせようとする」(3年生20.0% 4年生11.5%)であった(表2)。

認知症高齢者の中核症状に対するイメージについて、両学年ともが最も「イメージできる」と答えた具体例は、「4.同じことを言うことがしばしばある」(3年生76.0% 4年生85.3%)であり、次いで「5.いつも同じ話を繰り返す」(3年生70.0% 4年生78.7%)であった(表2)。

3. BPSDへの対応への知識について

学年別のBPSDへの対応への知識については、全体得点は表4に示し、正答率については、表5に示す。

これらの平均得点は、3年生は 18.9 ± 2.8 点、4年生は 20.6 ± 3.1 であった(表4)。正答率が50%以下の項目は、両学年ともに「1.同じコースを繰り返し徘徊(周回)する人は注意して見守る程度でよい」(3年生34.0% 4年生44.3%)、「3.人物、場所、時間に誤認がみられる場合はその場に合わせ、あえて訂正する必要はない」(3年生44.0% 4年生45.9%)、「15.幻聴は幻視に比べると頻度が高い」(3年生38.0% 4年生37.7%)、「16.妄想が体系化したり長時間持続することはまれである」(3年生42.0% 4年生37.7%)、「24.BPSDの出現する時間帯は夜間帯で、排泄介助、清潔ケアといった日常生活介助時に発生しやすい」(3年生28.0% 4年生36.1%)、「29.認知症の失語症は脳の萎縮や変性によって生じる構音障害である」(3年生14.0% 4年生14.8%)の6項目であった(表5)。

正答率が最も高かった項目は両学年ともに「7.BPSDを改善させる方法の1つとして、小集団活動に参加してもらうとよい」(3年生86.0% 4年生96.7%)であった。

4. 認知症高齢者の中核症状に対するイメージとBPSDへの対応の知識について

学年別の認知症高齢者の中核症状に対するイメージとBPSDへの対応への知識の関連については表6に示す。

中核症状に対するイメージが平均得点以下(0~25点)であったのは、3年生が30人で、そのうち、知識得点も平均得点以下(0~19点)であったのは18人

(66.7%)であった(表6)。認知症高齢者の中核症状に対するイメージの平均得点以下(0~25点)であったのは、4年生が23人で、そのうち、BPSDへの対応の知識も平均得点以下(0~19点)であったのは、9人(47.4%)であった(表6)。

認知症高齢者の中核症状に対するイメージが平均得点以上(26~36点)であったのは、3年生が20人で、そのうち、BPSDへの対応の知識も平均得点以上(20~30点)であったのは、11人(47.8%)であった(表6)。認知症高齢者の中核症状に対するイメージが平均得点以上(26~36点)であったのは、4年生が38人で、そのうち、BPSDへの対応の知識も平均得点以上(20~30点)であったのは、28人(66.7%)であった(表6)。

5. 認知症高齢者の中核症状に対するイメージおよび知識と困難感について

学年別の認知症高齢者への困難感と中核症状に対するイメージ及び知識については表7に示し、学年別の認知症高齢者の中核症状に対するイメージと困難感については表8に示した。

認知症高齢者への関わりの困難感について3年生は、困難感が「ある」と答えた者32人(80.0%)で「ない」と答えた者8人(20.0%)であった。4年生は「ある」と答えた者53人(89.8%)で「ない」と答えた者は6人(10.2%)であった。

学年別の認知症高齢者への困難感と中核症状に対するイメージについては、4年生は困難感があると答えた者の中核症状イメージ平均得点が 27.3 ± 5.2 であり、困難感がないと答えた者の中核症状に対するイメージ平均得点が 19.3 ± 9.6 で有意に差があった($P=0.039$)(表7)。

学年別の認知症高齢者の中核症状に対するイメージと困難感については、4年生は中核症状に対するイメージ・知識得点が共に平均以下群で、困難感があると答えた者は5人(55.6%)、困難感がないと答えた者は3人(33.3%)、関わったことがないと答えた者は1人(11.1%)であった(表8)。また、中核症状に対するイメージ・知識得点が共に平均以上群で、困難感がある

表4 学年別のBPSDへの対応の知識

	3年生	4年生	全体	漸近有意確立(両側) P値
知識全体得点±標準偏差 (0~30点)	18.9 ± 2.8	20.6 ± 3.1	19.8 ± 3.1	0.554
マンホイットニー検定	$P < 0.05$		平均 ± SD	

表5 BPSDへの対応の知識

BPSD（周辺症状）対応の知識	3年生 n = 50		4年生 n = 61	
	正	誤	正	誤
1. 同じコースを繰り返し徘徊（周徊）する人は注意して見守る程度でよい	17 (34.0)	33 (66.0)	27 (44.3)	34 (55.7)
2. 物がみつからない、盗られたと訴える際には本人ではなくスタッフで探す	36 (72.0)	14 (28.0)	27 (44.3)	34 (55.7)
3. 人物、場所、時間に誤認がみられる場合はその場に合わせ、あえて訂正する必要はない	22 (44.0)	28 (56.0)	28 (45.9)	33 (54.1)
4. BPSD の治療のひとつとして抗精神病薬も有効であり比較的新しい抗精神病薬は副作用は少ないと考えられている	25 (50.0)	25 (50.0)	35 (57.4)	26 (42.6)
5. 介護家族に対するサポート体制が充実することと患者の抑うつ状態が好転することは関係ない	43 (86.0)	7 (14.0)	57 (93.4)	4 (6.6)
6. 一般に BPSD に対しては薬物的介入が第一選択である	34 (68.0)	16 (32.0)	38 (62.3)	23 (37.7)
7. BPSD を改善させる方法の1つとして、小集団活動に参加してもらうとよい	43 (86.0)	7 (14.0)	59 (96.7)	2 (3.3)
8. 下痢や脱水は原因にはならない	31 (62.0)	19 (38.0)	45 (73.8)	16 (26.2)
9. BPSD 出現は痛みが原因となることがある	30 (60.0)	20 (40.0)	33 (54.1)	28 (45.9)
10. 不安感・焦燥感・疎外感による BPSD 出現があることがある	40 (80.0)	10 (20.0)	56 (91.8)	5 (8.2)
11. 回想法（集団になって過去を思い出し、回想を通して自信獲得や心理的安定をはかる）を行うことで治療の効果があることがある	41 (82.0)	9 (18.0)	58 (95.1)	3 (4.9)
12. 適切な環境は認知症の BPSD の改善に有効であるが、中核症状の進行抑制には有効でない	35 (70.0)	15 (30.0)	51 (83.6)	10 (16.4)
13. 新しい環境になれば、症状も改善される	38 (76.0)	12 (24.0)	46 (75.4)	15 (24.6)
14. BPSD は対象者の意思表示のひとつである	34 (68.0)	16 (32.0)	53 (86.9)	8 (13.1)
15. 幻聴は幻視に比べると頻度は高い	19 (38.0)	31 (62.0)	23 (37.7)	38 (62.3)
16. 妄想が体系化したり長時間持続することはまれである	21 (42.0)	29 (58.0)	23 (37.7)	38 (62.3)
17. 睡眠障害に対して、アルコール、ニコチンなどを制限しても効果はない	40 (80.0)	10 (20.0)	47 (77.0)	14 (23.0)
18. 午睡は認知症が進行するほど目立つようになる	40 (80.0)	10 (20.0)	49 (80.3)	12 (19.7)
19. 自分の身なりに気を使わなくなることがある	43 (86.0)	7 (14.0)	57 (93.4)	4 (6.6)
20. 不適切な性的言動が認められ、多くは性的行動にまで至ることが多い	29 (58.0)	21 (42.0)	38 (62.2)	23 (37.8)
21. 就寝前の過剰な水分摂取を控える	27 (54.0)	23 (46.0)	41 (67.2)	20 (32.8)
22. 攻撃的行為は患者の言うことが否定されたり、失敗を指摘される、自尊心が傷つく、急かされるときなどの状況で起こりやすい	42 (84.0)	8 (16.0)	56 (91.8)	5 (8.2)
23. 夕方から夜間にかけて焦燥感が高じて落ち着きがなくなることを「夕暮れ症候群」という	33 (66.0)	17 (34.0)	52 (85.2)	9 (14.8)
24. BPSD の出現する時間帯は夜間帯で、排泄介助清潔ケアといった日常生活介助時に発生しやすい	14 (28.0)	36 (72.0)	22 (36.1)	39 (63.9)
25. アルツハイマー型認知症の BPSD の症状は認知症重症度によって異なる	40 (80.0)	10 (20.0)	50 (82.0)	11 (18.0)
26. せん妄は BPSD に分類される	21 (42.0)	29 (58.0)	32 (52.5)	29 (47.5)
27. 同じ料理を作る行動が見られることがあるが、食欲増加や嗜好の変化はない	31 (62.0)	19 (38.0)	40 (65.6)	21 (34.4)
28. 昼夜逆転は時間の感覚が失われているために生じ、過覚醒の状態になっていることが多い	38 (76.0)	12 (24.0)	49 (80.3)	12 (19.7)
29. 認知症の失語症は脳の萎縮や変性によって生じる構音障害である	7 (14.0)	43 (86.0)	9 (14.8)	52 (85.2)
30. 攻撃的行為は特に性格変化が見られる前頭側頭型認知症で顕著であるが、アルツハイマー型認知症においてはあまり見られない	32 (64.0)	18 (36.0)	38 (62.3)	23 (37.7)

逆転項目 (2.5.6.8.12.13.15.17.20.24.26.27.29.30)

表 6 学年別の認知症高齢者の中核症状イメージとBPSDへの対応への知識

				人（％）
中核症状イメージ		知識平均得点以下群 （0 ～ 19 点）	知識平均得点以上群 （20 ～ 30 点）	漸近有意確立 （両側） P 値
3 年生 n=50	平均得点以下群 （0 ～ 25 点）	18（66.7）	12（52.2）	0.388
	平均得点以上群 （26 ～ 36 点）	9（33.3）	11（47.8）	
4 年生 n=61	平均得点以下群 （0 ～ 25 点）	9（47.4）	14（33.3）	0.394
	平均得点以上群 （26 ～ 36 点）	10（52.6）	28（66.7）	
χ ² 検定		*P < 0.05		

表 7 学年別の認知症高齢者への困難感と中核症状に対するイメージ及び知識

	認知症高齢者への 関わりの困難感	中核症状イメージ 平均得点	漸近有意確立 (両側) P 値	BPSD への対応の 知識の平均得点	漸近有意確立 (両側) P 値
3 年生	ある (32 人)	24.8 ± 6.1	0.934	19.3 ± 2.9	0.325
	ない (8 人)	24.6 ± 3.8		18.1 ± 2.1	
4 年生	ある (53 人)	27.3 ± 5.2	0.039*	20.4 ± 3.1	0.240
	ない (6 人)	19.3 ± 9.6		20.8 ± 3.1	
マンホイットニー検定 (※関わったことなしを除く)		*P < 0.05		平均 ± SD	

表 8 学年別の認知症高齢者への困難感と中核症状に対するイメージ及び知識

				人 (%)
	認知症高齢者への 関わりの困難感	イメージ・知識得点 共に平均以下群	イメージ・知識得点 共に平均以上群	漸近有意確立 (両側) P 値
3 年生 n=29	ある	7 (38.9)	7 (63.6)	0.350
	ない	5 (27.8)	1 (9.1)	
	関わったことがない	6 (33.3)	3 (27.3)	
4 年生 n=37	ある	5 (55.6)	26 (92.8)	0.024*
	ない	3 (33.3)	1 (3.6)	
	関わったことがない	1 (11.1)	1 (3.6)	
χ^2 検定		*P < 0.05		

と答えた者は26人 (92.8%)、困難感がないと答えた者は1人 (3.6%)、関わったことがないと答えた者は1人 (3.6%) で有意に差がみられた (P=0.024) (表 8)。

IV. 考察

1. 対象の概要

アンケート用紙の回収数は、先行研究^{5) 6)} に比べ低い回収率となった。これは、3年生のアンケート実施日と前期テストが同日であったことからテストに集中しており、アンケートを提出し忘れていたことなどが影響し、回収率が低かったと考えられる。また、4年生は希望者のみの国試対策講座後にアンケートを実施し、欠席者には後日個別でアンケートを配布したが、前期の講義

がすべて終了しており、大学に来る機会が少ない時期であったため回収率が低かったと考えられる。回収率が低かったことから、次回は実施する日をテスト直前は避け、全員集まるときに実施する必要がある。

2. 認知症高齢者の中核症状に対するイメージについて
両学年ともが、「イメージできる」とした具体例は、認知症高齢者との関わりの中でよく目にする場面であることに加え、認知症の症状として一般的に周知されており、3年生は講義内で認知症について学習した後であったことから、特にイメージしやすいのではないかと考える。

認知症高齢者の中核症状に対して「イメージできない」

とした3年生の具体例は、家族に依存する様子があることであった。近年、高齢社会ではあるが3世代世帯が減り⁹⁾、高齢者と接する機会が減っている。実習前である3年生は、家族内に認知症高齢者がいない限り家族に依存している状況を目にする機会が少ないと考えられる。また、これまでに3年生が経験した基礎実習は短い日数であり、必ずしも全員が認知症の高齢者を受け持つ経験をしていなかった可能性が高いことや、認知症高齢者本人とその家族の両方と関わるという場面の経験がなかった可能性が考えられる。また、教科書・講義内では学んでも実際に目にするのがなければイメージしにくいことも考えられる。4年生のイメージできない項目は、話のつじつまを合わせようとするものであった。4年生は実習前の事前学習で認知症高齢者との関わり方について学習しており、こちらの質問内容とそれに対する認知症高齢者の返答がかみ合わなくても、否定せずに受容することを学習している。また、つじつまを合わせるような状況が実習中にないと、実習後の学生でもイメージできないと考える。

しかし、3年生と4年生における認知症高齢者の中核症状に対するイメージの全体の平均得点については有意差がみられたことから、4年生の方が、実習を通して中核症状に関わる機会が多かったことが考えられる。実習で多くの学生は認知症高齢者と深く、長く接することになる¹⁰⁾。講義・演習での認知症高齢者に対するイメージに加えて実際に認知症高齢者と接することで、さらにイメージできるようになったのではないかと考える。

各具体例で見ると、4年生のほうが3年生よりも有意に得点が高かったものは、日にちを忘れていることと質問を理解していないことが答えからわかることであった。これは、認知症の初期からの中核症状として時間の見当識があいまいになること¹¹⁾が挙げられ、実習でもその場面を経験する機会が多かったのではないかと考える。また、理解力については実習期間を通して、積極的に認知症高齢者と関わったために、評価が可能であったと考えられる。反対に、3年生のほうが4年生よりも有意に得点が高かった項目として、特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばあることが挙げられていた。これは講義で使用するテキストに詳しく載っており、3年生はテスト前で学習していたことが影響していると考えられる。また、4年生は、実際の高齢者の関わりの中で同様の症状が認知症のない方でもあることを経験して、認知症特有の症状のイメージには結びつかなかったことも

考えられる。

「イメージできない」「どちらかというイメージできない」を合わせ「イメージできない」とし、「イメージできる」「どちらかというイメージできる」を合わせ「イメージできる」とした2件法でみると、多くが4年生のほうがイメージできており、傾向としては全体的に3年生も4年生も同じであった。また、3年生と4年生でイメージに差が出た項目については、講義で文章や口頭で学習するより、実際に具体例を見たり体験したりした方が明確にイメージできる内容だったのではないかと考える。そのため3年生は、講義や実習前の事前学習などで視聴覚教材やロールプレイングをするなどの学習方法を用い、イメージができるようにすることが実習で困難感を軽減するために重要であると考えられる。

3. BPSDへの対応への知識について

学年別のBPSDへの対応への知識全体の平均得点は、3年生よりも4年生の方が1.7点高かったが有意差はみられなかった。両学年とも正答率について有意差は見られなかったが、どの項目も4年生の方がやや高い正答率であった。これらの項目はどれもBPSDの代表的な項目であり、教科書に載っているものばかりである。そのため3年生は実習で経験していなくても基礎的な学力が身につけていたことで4年生と差がなかったのだと考えられる。

両学年ともに正答率が、10%台と低かったのは失語症が脳の委縮や変性から来ていることであった。両学年ともに低かった理由として、失語症は言葉をうまく話せないことを理解しているが認知症の特有の症状と結びつかず脳血管疾患でも同じような失語障害がありその違いについて分かっていなかったかもしれない。講義での認知症の進行に伴う症状と高次脳機能障害との違いについて説明が必要であることが分かる。

逆に、両学年ともに正答率が、85%以上と高かった項目は、介護家族に対するサポート体制や、BPSDを改善させる療法があることやその症状についてであった。両学年ともに高かった理由として、家族支援や介護予防対策は在宅看護や高齢者以外の領域にも関連していること、また関心が高く知識としても身につけていることが考えられる。

両学年で比較したとき、もっとも正答率に差があったのは、BPSDが認知症患者の意志表示であることや夕暮れ症候群について、前頭側頭型認知症とアルツハイマー

型認知症の違いなどであった。これらについて、杉森ら(1999)は、看護学における実習という授業展開は、体験を経験とする学習場面として極めて重要な意味をもつ¹³⁾と述べている。4年生は、実習を経験してBPSDには、様々な症状があるがいずれにおいても、一つ一つ意味があり意思表示だということを臨床や生活の場で学んでいる。また、夕方になると施設入居中の多くの高齢者が帰宅願望を示すことを経験している。3年生は知識としては取り入れられているが、認知症高齢者のBPSDが高齢者の意志表示だということとがまだ結びついていないのかもしれない。

4. 認知症高齢者の中核症状に対するイメージとBPSDへの対応への知識について

今回の研究では、認知症高齢者の中核症状に対するイメージとBPSDへの対応への知識の平均点について有意差はなかった。これについて考えられることは、3年生は実習を経験しておらず、実際の認知症高齢者との関わりがないため、中核症状に対するイメージと知識が結びついていなかったのではないかとということ、また、4年生は実習を経験しているが、全員が認知症高齢者を受け持っていたとは限らず、経験に差がでた可能性が挙げられる。このことから、両学年がイメージしにくかった認知症特有の症状や知識については、学年に関係なく学習を強化することが必要だと考える。

学年別で有意差はでなかったものの、中核症状に対するイメージ・BPSDへの対応への知識が平均得点以下、以上の人数で違いを見ていくと、中核症状に対するイメージ・BPSDへの対応の知識がどちらも平均得点以下だったのは、3年生が多く(18人)、4年生は少なかった(9人)。また、中核症状に対するイメージ・BPSDへの対応の知識がどちらも平均得点以上だったのは、3年生が少なく(11人)、4年生は多かった(28人)。このことから、3年生よりも4年生のほうが中核症状に対するイメージの高い者の中にBPSDへの対応の知識も高い者が多いといえる。4年生は実習を経験していることで、より認知症高齢者の中核症状に対するイメージとBPSDへの対応への知識を結びつけることができている者が多いといえる。

辻ら(2008)は視聴覚教材を用いて学習することは学習者に印象付けやすいと述べている。実習経験者である4年生の方がイメージと知識を結び付けられていることを考えると、今後はもっと視聴覚教材を使用して、症状

がイメージできるようにしながらBPSDへの対応の知識について学び、実習体験のような演習を組み立てることが重要であると考え、特に実習前に3年生においてこれらを学習することが大切である。

5. 認知症高齢者の中核症状に対するイメージおよび知識と困難感について

認知症高齢者との関わりの中での困難感について、困難感が「ある」と答えた者は3年生は8割、4年生は9割であり、両学年とも多くの学生が困難感を持っていることが本研究でも明らかとなった。先行研究においても石垣らは「学生は実習において認知症高齢者との関わりの中でどのように対応してよいか戸惑い、また対象者にみられる現象と授業で学んでいるはずの既習の知識と技術を関連付けて看護援助に取り入れることができず困惑している」⁴⁾と述べている。

学年別の認知症高齢者への中核症状に対するイメージと困難感については、3年生には有意差が見られなかったが、4年生は困難感があると答えた者の中核症状に対するイメージ平均得点の方が高く困難感を感じている人は中核症状のイメージができていない可能性が示唆された。4年生は、実習で認知症の症状への対応をしながら援助を行うということを経験しており、このことが症状に対するイメージと共に、それが困難だという思いに繋がったのだと考えられる。逆に言えば実習においてそれらの経験がないと、看護やケアを行う上での困難感はなく、具体的な症状をイメージできなかったのではないかと考えられる。

BPSDへの対応の知識と困難感については3年生、4年生ともに有意差が認められなかった。これは、困難に感じていてもそれが知識に直接結びつくわけではないことが言える。先行研究でも明らかになっていたように、知識とイメージについては関連があるものの、困難に感じたからといってその場面がイメージでき、知識として習得できるとは限らない。このことは、例えば実習中に困難に感じた場面をそのままにせずタイムリーに捉えて、なぜ困難だったのか、場面の振り返りとどのような知識があればよかったのかを考える必要があるのではないだろうか。

千田ら(2014)は、認知症看護における困難な内容を6つのカテゴリーに分類し、その内容を「認知症の症状への対応」「認知コミュニケーション障害」「患者の自立性と看護の両立」「患者同士の関係性」「患者の症状・状

態の理解」「看護方針と看護の継続」としている¹⁵⁾。このうち、「認知症の症状への対応」のカテゴリの項目は「暴言・暴力・急に怒り出す患者に対応する」や「入浴・食事・排泄・口腔ケアなどの介助を拒否する患者に対応する」「何度も同じ訴えを繰り返す患者に対応する」などであり、これらは代表的な認知症の症状として教科書に載っていてイメージしやすいが、それ以外のカテゴリにおいては実際に認知症患者と関わってみなければ感じられにくい。そのため実習を経験した4年生の方が困難感を持っていたのではないかと考える。

今回の研究で4年生において中核症状に対するイメージとBPSDへの対応への知識の得点が平均以上だった者のほとんどが困難感を感じていた(92.8%)。このことから、認知症高齢者との関わりを困難に感じることは必ずしも悪いことではないと考えられる。認知症高齢者は病期の進行の速さや出現する症状も個別的であり、困難に感じることも様々あるが、しかし困難であるからこそ、学習意欲を刺激し関わりについて深めていくことが可能であるとも考えられる。このことから、認知症高齢者とのかかわりで困難だとされている場面について知識と結びつけることや、考えを深めること、それらを共有する機会を設けることで、実習中の困難感を軽減できるのではないかと考える。

V. おわりに

認知症高齢者の中核症状に対するイメージでは、両学年が最もイメージできると答えた具体例は、「同じことを言うことがしばしばある」「いつも同じ話を繰り返す」であった。逆に、最もイメージできないと答えた具体例は、3年生は「家族に依存する様子がある」、4年生は「話のつじつまを合わせようとする」であった。

実習を経験している4年生は、3年生に比べて中核症状のイメージ得点が高かったが、BPSDに対する対応の知識の平均得点については、学年間で有意差は見られなかった。しかし、4年生は、中核症状に対するイメージの得点が高い者の中に、BPSDに対する対応の知識の得点が高い者が多く、3年生よりもイメージと知識がつながっていた。このことから、実習はこれらを結びつけているといえる。

困難感は両学年ともにほとんどの者が感じていたが、3年生は困難感とイメージ・知識が共につながっておらず、4年生は困難と感じている者はどイメージ・知識の得点が高いことがわかった。このことから実習で感じる

困難感は、ネガティブな作用だけでなく、イメージや知識の獲得につながる可能性が示唆された。

今回の研究において、認知症高齢者の中核症状に対するイメージとBPSDへの対応への知識の関連は3年生よりも4年生のほうが関連しているといえ、そしてそれは実習における困難感が影響し、実習の効果的な経験が重要であることが示唆された。

VI. 研究の限界

本研究は一大学のみでの実施であり、対象者も少ないうえに実習前後の3・4年生は同一人物でなく横断的研究である。そのため、結果について一般化して述べることは出来ない。今後は、対象者の選定についても検討することが必要である。

引用文献

- 1) 井伊暢美, 李笑雨, 大賀淳子: 認知症をもつ人の特性を生かした構造化によるBPSD軽減の可能性, 日本認知症ケア学会誌, 第12巻第2号, 455-464, 2013
- 2) 藤原美由紀, 三枝智宏, 鈴木みずえ: 一般病院に入院する高齢者患者の認知症行動・心理症状と心身機能が心身ケア依存度に及ぶ影響, 日本認知症ケア学会誌, 第13巻4号, 712-718, 2015
- 3) 伊藤信子, 大野明子, 西尾穂波, 杉浦浩子: 認知症患者の行動障害の理解による病棟スタッフの感情・思考・言葉・行為の変化, 日本認知症ケア学会誌, 第13巻2号, 512-520, 2014
- 4) 石垣範子, 深江久代, 今福恵子, 宮前典子: 介護老人保健施設での老年看護実習における学生の困難感について, 静岡県立大学短期大学部研究紀要第26号, 43-55, 2012
- 5) 井上し乃, 島崎朱里, 松上あすみ, 丸山真実: 認知症高齢者の症状に対するイメージについて－認知症高齢者を家族にもつ学生とそうでない学生との比較－, 平成25年度関西福祉大学看護学部看護学科卒業研究抄録, 35-36, 2013
- 6) 小松桃香, 島田莉緒, 白井怜奈, 橋本恵梨子: 認知症高齢者の症状に対するイメージについて－3・4年生間でみたイメージしづらい症状の比較, 平成26年度関西福祉大学看護学部看護学科卒業研究抄録, 59-60, 2014
- 7) 千葉京子, 草地潤子: 介護老人保健施設における認知症高齢者との関わりで看護学生が対応困難となる

- 場面の特性, 日本赤十字武蔵野短期大学紀要第19号, 9-16, 2006
- 8) 福田峰子, 安藤好枝, 田中和奈: 老年看護学臨地実習における学生の困難状況と対処行動－第一報 実習初期における困難状況の実態－, 生命健康科学研究所紀要, 第8号, 93-108, 2011
- 9) 厚生労働省: 平成26年 国民生活基礎調査(平成25年)の結果からグラフでみる世帯の状況
- 10) 中村勝喜, 高木初子: 看護学生の認知症高齢者に対するイメージと影響要因の文献検討, 聖徳大学研究紀要, 第26号, 聖徳大学短期大学部, 第48号, 93-99, 2015
- 11) 藤本直規: 認知症の医学知識 中核症状の理解①初期の症状 Vol.17, No.05, 2015
- 12) 数井裕光, 武田雅俊: 初期症状としての記憶障害の捉え方, 老年精神医学雑誌, 第26巻増刊号-I, 33-39, 2015
- 13) 杉森みどり: 看護教育学第3版, 医学書院, 241-242, 1999
- 14) 辻義人: 視聴覚メディア教材を用いた教育活動の展望-教材の運営・管理と著作権-, 小樽商科大学人文研究, 第115巻, 175-194, 2008
- 15) 千田睦美, 水野敏子: 認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難の分析, 岩手県立大学看護学部紀要, 第16号, 11-16, 2014